LES KYSTES CONGÉNITAUX

PRÉSTERNAUX

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
— — M. GUÉRIN (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtamologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O.✻), E. BERTIN-SANS (✻)
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUÉRIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	ED. GRYNFELTT

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. TÉDENAT, *président.*
ESTOR.
DE ROUVILLE
SOUBEIRAN

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON AMI

THÉODORE GATEFF

DOCTEUR EN DROIT, AVOCAT A SOFIA

Témoignage de vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A TOUS MES AMIS

MLADEN GRIGOROFF.

Nous devons avouer, si nous voulons être sincère avec nous-même, que notre main tremble au moment où nous écrivons ces dernières lignes. Elle doit sentir avec nous que la fin de la vie d'étudiant est toute proche, et avec cela la fin de notre séjour dans ce joli pays.

Sur les bancs d'un écolier, on aime la France en apprenant son histoire. On ne peut que l'aimer davantage quand on la connaît un peu.

C'est avec le plus grand plaisir que, une fois loin, nous chercherons à faire revivre dans notre esprit l'enseignement et les conseils précieux de nos illustres maîtres des hôpitaux et de la Faculté. Merci à tous !

M. le professeur agrégé Soubeiran a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse. Nous l'en remercions de tout cœur.

Enfin, que M. le professeur Tédenat veuille bien agréer toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

LES KYSTES CONGÉNITAUX
PRÉSTERNAUX

HISTORIQUE ET DÉFINITION

Ce sont des tumeurs congénitales décrites sous les noms de *kystes sébacés, kystes dermoïdes, kystes fœtaux par inclusion, inclusion fœtale.* Toutes ces formations sont liées entre elles, non seulement par leur origine congénitale, mais encore par un caractère fondamental qui est l'existence dans toutes ces productions d'une cavité kystique qu'on distingue sous le nom de cavité dermoïde, puisque les parois de cette cavité présentent le plus souvent la structure du tégument externe, c'est-à-dire : derme, épiderme avec glandes sébacées, poils, et rarement des papilles et des glandes sudoripares.

On divise les kystes congénitaux en : kystes dermoïdes, dont la paroi a la structure de la peau; des kystes mucoïdes, dont la paroi n'est autre chose qu'une muqueuse avec un chorion et un épithélium à cils vibratiles ; des kystes mixtes, dont la paroi contient à la fois des éléments de la peau et des parties recouvertes par un épithélium à cils vibratiles ; enfin il y a les kystes séreux, qui n'ont pas une topographie précise et qui d'ailleurs n'ont jamais été vus dans la région qui nous occupe.

SIÈGE ET FRÉQUENCE

On rencontre les kystes congénitaux dans des régions différentes, mais il y a en général certains lieux d'élection où ces kystes sont plus fréquents. Lebert, dans sa statistique, admet que le kyste dermoïde de l'ovaire est le plus fréquent: Sur 176 cas de kystes dermoïdes il rapporte 129 cas de kystes de l'ovaire et seulement 13 cas de kystes du pourtour de l'orbite qu'il place en second lieu. Lannelongue et Achard avec Lucke croient, au contraire, que les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour sont le plus fréquents. D'après ces auteurs, les cas de kystes dermoïdes rapportés dans la statistique de Lebert sont des cas publiés par différents chirurgiens, et, comme les kystes de l'ovaire sont les plus curieux, ce sont en général les seuls publiés, tandis que les autres ont passé inaperçus.

Lannelongue et Achard donnent l'ordre de fréquence suivant : l'orbite et son pourtour, le cuir chevelu, le cou, le plancher buccal, la cavité abdominale, le scrotum et la région sacro-périnéale. En dehors de ces régions, les kystes dermoïdes sont tout à fait rares. Quant aux kystes qui nous intéressent, voici ce que Lannelongue et Achard disent dans le *Traité des kystes congénitaux,* chapitre VI, intitulé : *Kystes dermoïdes des parois thoraciques.* « Les kystes dermoïdes des parois thoraciques ont été observés particulièrement à la

région sternale et au niveau de l'union des deux premières pièces du sternum. Les faits que nous avons rassemblés ne sont pas nombreux. Vernot, en 1837, à la suite d'une observation de kyste pileux de la jambe, mentionne sans détails un cas semblable observé deux années auparavant chez un homme à la région sternale. J. Cloquet, en 1855, à la Société de chirurgie, dit avoir observé une tumeur du sternum contenant des poils mêlés à un tissu corné, ramolli, blanchâtre.

» Ed. Simon, à la Société anatomique, en 1858, rapporta l'observation d'un kyste rencontré chez un homme de 27 ans, s'étant développé lentement depuis l'enfance et situé au devant des deux pièces du sternum. Il contenait de la matière sébacée et des poils, et était tapissé d'une membrane lisse, rouge, grisâtre, semblable à une muqueuse, mais portant une douzaine de poils et offrant un derme et un épithélium pavimenteux stratifié.

» Dans la thèse de Demoulin se trouve rapportée une observation de Fontaine, relative à un kyste présternal, situé un peu au-dessous de l'union des 2 premières pièces sternales chez une jeune fille de 17 ans. La tumeur remarquée à l'âge de 3 ans avait été incisée, cautérisée et traitée par différents moyens ; Nélaton en fit l'ablation totale, et l'examen histologique de la paroi, pratiqué par Robin, y montra un mélange d'épithélium pavimenteux et d'épithélium vibratile.

» Landrieux, en 1868, communiqua à la Société anatomique un cas de tumeur sternale, opérée par A. Guérin chez une femme de 28 ans. Le début remontait à une vingtaine d'années ; la tumeur siégeait à l'union des deux premières pièces sternales et renfermait une bouillie formée de graisse et de cellules épithéliales ; en outre, sa surface interne donnait implantation à deux poils longs de 4 à 5 centimètres.

» L'un de nous en a extirpé un placé sur la ligne médiane

au-dessous de la fourchette sternale : il contenait de nombreux poils follets. Le sujet était une jeune fille de 16 ans. »

En dehors de ces cas, nous avons recueilli les observations suivantes : deux cas de kystes mucoïdes, dont l'un rapporté par Houel à la Société anatomique, en 1872 (Obs. VII), et dont l'autre rapporté à la Société anatomique, en 1889, par Chrétien (de Poitiers) (Obs. IX) : Il s'agit d'une femme chez laquelle, dès la première enfance, on s'est aperçu de l'existence d'une tumeur au niveau de la partie supérieure du sternum. Indolente et de petit volume jusqu'à l'âge de 10 ans, elle s'est accrue à cette époque et s'est ouverte spontanément en laissant s'écouler du liquide, puis se referma spontanément. Cette tumeur a eu encore deux poussées d'accroissement accompagnées de douleurs qui coïncident avec les deux grossesses successives que la malade a eues à cette époque ; puis, la malade se faisant opérer, on a trouvé un kyste muqueux typique avec un épithélium cylindro-conique à cils vibratiles.

Enfin, citons encore le cas de kystes dermoïques que nous donnons dans les observations VIII, X, XI, XII, XIII et XIV. Le cas de l'observation VIII est rapportée par Clutton à la Société de pathologie de Londres, en 1887. Il s'agit d'une femme chez laquelle, dès l'âge d'un mois et demi, on a remarqué au devant du sternum l'existence d'une tumeur grosse comme un petit pois. La tumeur a subi un léger accroissement dix ans après, et, quand la malade est arrivée à l'âge de 19 ans, la tumeur avait les dimensions d'un œuf de poule. Peu avant l'intervention, la tumeur avait fini par avoir une circonférence de 30 centimètres avec un contenu de 300 grammes. On n'y a trouvé qu'un seul poil implanté.

L'observation X, que nous avons trouvée dans la thèse de

Waitz, 1897, rapporte un cas de kyste dermoïde présternal, apparu dans la première enfance. La tumeur avait subi un accroissement lent jusqu'à l'âge de 16 ans. époque où elle a pu prendre le volume considérable d'une tête d'enfant. Cet accroissement s'est fait en peu de temps et sans aucune douleur. Le kyste extirpé, on y a trouvé un liquide huileux, roussâtre, beaucoup de matière sébacée et quelques poils fins, soyeux et courts.

Dans la thèse d'Audoly, 1898, nous trouvons l'observation XI où il s'agit encore d'un kyste dermoïde présternal se développant chez une femme de 30 ans. Dans ce cas, la tumeur avait été remarquée dès la naissance de la malade. A cette époque, d'un siège médian, elle avait à peine le volume d'un petit pois. Cette tumeur a subi un accroissement progressif et lent, et, quand la malade eut 15 ans, le kyste avait le volume d'une petite orange. Cette tumeur avait été à plusieurs reprises ponctionnée sans résultat ; elle se reproduisait toujours. Au moment de l'opération, la tumeur, non adhérente aux plans superficiels, légèrement adhérente aux plans profonds, a le volume d'une petite orange. On a trouvé dans la poche de la matière sébacée, des cristaux de cholestérine et d'acides gras.

La paroi du kyste comprend une couche fibreuse enveloppante, une couche formée par des fibres élastiques, et une couche épithéliale en tout semblable à celle de la peau, sauf peut-être avec une moindre épaisseur. Le kyste dermoïde de l'observation XII est rapporté à la Société anatomique par Vinsonneau. Le contenu de ce kyste ressemblait à du fromage trop fait.

M. Morestin a rapporté à la Société d'anatomie en 1900 un cas de kyste dermoïde sus et présternal (obs. XIII). Il s'agit d'un kyste apparu à l'âge de dix ans. Après un accroisse-

ment lent de quelques mois, la tumeur est restée stationnaire pendant vingt ans pour devenir assez gênante, à l'époque où le malade va se faire opérer. Elle a le volume d'un œuf de poule et siège à la partie inférieure du larynx, empiétant de deux centimètres sur le manubrium. Le kyste a une consistance pâteuse avec un contenu jaune pâle ressemblant à du beurre. On n'a pas trouvé de liquide. La paroi interne du kyste a été trouvée couverte de poils fins, d'un jaune roux.

Enfin, citons le cas le plus récent de MM. G. de Rouville et J. Martin (obs. XIV), rapporté à la Société anatomique en 1904. Il s'agit là aussi d'un kyste présternal qui, au moment où le malade allait se faire opérer, avait le volume de deux poings d'adulte. Cette tumeur avait été remarquée dès la naissance du malade et présentait alors le volume d'une noix. Elle est mobile sur les plans profonds, la peau est mobile sur la tumeur. Celle-ci est fluctuante et donne à la main qui la palpe la sensation de présence de corps étrangers nageant dans un contenu liquide.

On opère le malade en juin 1904 et on trouve un kyste dermoïde avec un contenu citrin dans lequel nagent des flocons de matière sébacée. Pas de trace de tissu organisé, mais on parvient à trouver un poil.

L'examen histologique de la paroi a reconnu les éléments de la peau ; cependant, on n'a trouvé dans les coupes examinées ni glandes sébacées, ni follicules pileux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous étudierons au point de vue anatomo-pathologique, successivement le kyste dermoïde et le kyste mucoïde; le kyste mixte, qui n'est qu'un ensemble des deux premiers, ne nous arrêtera pas.

Le kyste dermoïde de la région présternale est un kyste simple. Lannelongue et Achard distinguent trois groupes de kystes dermoïdes. Dans le premier groupe entrent les kystes simples où la tumeur consiste en une cavité kystique à paroi dermoïde avec un contenu peu varié, tels que les éléments de la peau plus ou moins modifiés ou des éléments qui dérivent normalement du tégument externe. Le deuxième groupe comprend des kystes dermoïdes dans lesquels, à côté des cavités kystiques dermoïdes, on voit des tissus plus ou moins variés constituant la partie solide de la tumeur. Enfin, dans le troisième groupe, entrent tous les kystes complexes dans lesquels on voit toujours des poches dermoïdes, mais, fait principal, on voit ici apparaître des inclusions de différents organes et des ébauches plus ou moins nettes des parties fœtales.

Le kyste dermoïde de la région présternale nous présente à étudier une poche à paroi cutanée et un contenu. Cette paroi peut être soit mince et fine, soit dure et fibreuse. On ne l'a jamais vue calcifiée dans les kystes présternaux.

Vue par l'intérieur, la paroi a le plus souvent l'aspect d'une muqueuse, rarement celui de la peau ; d'une coloration blanc grisâtre, quelquefois rougeâtre, elle est le plus souvent lisse, assez souvent inégale et tomenteuse, rappelant beaucoup l'aspect de la muqueuse stomacale ou celle d'une vessie à colonnes. Sur cette paroi, on voit quelquefois implantés des poils qui sont soit fins, soit durs, soyeux et épais, ressemblant à des poils de barbe.

Contenu du kyste. — Le contenu du kyste, d'une couleur blanc grisâtre, quelquefois jaunâtre ou brunâtre, ressemble à du fromage trop fait, à du beurre, et, quand il est moins consistant, ressemble à du lait. Ce contenu est composé de de matière sébacée, de graisse, de cristaux de cholestérine, de petits amas de poils, et par un grand nombre de cellules cornées, déformées ou infiltrées de graisse. Avec le temps, ce contenn peut subir une transformation huileuse, citrine ou être envahi par des sels calcaires.

Si nous examinons sous microscope une coupe de la paroi kystique, nous reconnaissons les éléments de la peau : un derme d'une épaisseur variable présentant rarement des papilles, doublé souvent, du côté de la périphérie, par du tissu cellulo-adipeux. L'épiderme de cette paroi ressemble en tout à l'épiderme cutané, sauf peut-être la couche cornée qui a ici des cellules un peu plus déformées.

On ne voit pas de glandes sudoripares, tandis que les glandes sébacées existent. Celles-ci sont annexées ou non à des poils.

Quant aux kystes mucoïdes, leur paroi, comme leur nom l'indique, n'est autre chose qu'une muqueuse (Observations VII et IX). Cette muqueuse peut présenter une épaisseur

variable avec une coloration différente, suivant le degré de son irrigation par le sang.

Au microscope, on retrouve un chorion et un épithélium stratifié cylindro-conique à cils vibratiles.

Le contenu est un mucus dans lequel nagent des cellules à cils vibratiles.

Nous n'avons qu'une *seule* observation de kyste mixte; c'est l'observation IV.

Quant aux kystes séreux, nous n'en parlerons pas, ce sont des kystes dont la topographie est peu précise, et d'ailleurs on ne connaît pas d'exemple de ces kystes dans la région présternale.

PATHOGENIE

Les kystes dermoïdes et mucoïdes de la région présternale sont d'origine congénitale. Leur apparition peut être plus ou moins tardive; mais, en général, c'est au cours de la première enfance qu'ils sont remarqués.

Le début est noté dans neuf observations de notre thèse. Deux fois seulement, la tumeur a été remarquée à la naissance (Observations XI et XIV).

Une fois à l'âge d'un mois et demi (Observation VIII) ; quatre fois au cours de la première enfance (Observations III, IV, IX, X) ; une fois à l'âge de 8 ans (Observation V) et une fois à l'âge de 10 ans (Observation XIII).

Nous ne ferons que mentionner les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la formation de ces kystes congénitaux : comme, par exemple, la théorie de la diplogenèse par inclusion (Geoffroy Saint-Hilaire) ; celle de l'hétérotopie plastique (Lebert) ; celle de la grossesse extra-utérine (Geoffroy Saint-Hilaire, Cruveilhier, Alquié) ; celle des cellules nodales (Bard) ; celle de la parthénogenèse (Rapin, Mathias Duval), pour nous arrêter un peu plus longtemps sur la théorie de l'enclavement de Verneuil, qui explique tous les faits concernant notre sujet.

D'après cette théorie, les kystes dermoïdes dérivent du tégument cutané de l'embryon, dont une portion restée pour

ainsi dire en arrière pendant le développement fœtal se serait *enclavée* au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation d'un kyste.

Verneuil, en 1852, répondant à Lebert devant la Société anatomique, avait émis l'opinion que les kystes dermoïdes des sourcils, de l'orbite et de son pourtour, se développent aux dépens du revêtement cutané qui tapisse chez l'embryon la fente fronto-maxillaire. Plus tard, il étendit cette explication aux kystes dermoïdes du plancher buccal (Thèse de Landeta, 1863), de la joue (Thèse de Cusset, 1877) ; enfin, en 1855, il admettait la formation des kystes dermoïdes en divers points du corps aux dépens de plicatures accidentelles de la peau chez le fœtus. Donc, la théorie de l'*enclavement* a été développée pour la première fois par Verneuil.

Au début, la petite masse épithéliale n'est qu'une simple involution de l'épiblaste, puis peu à peu elle s'éloigne de la surface de l'ectoderme grâce au développement des parties voisines, et pendant ce temps le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement. Or cet allongement est insuffisant par rapport au développement plus rapide des parties voisines, et le pédicule se rompt, le petit amas épiblastique devient indépendant. Cet amas peut rester latent (Exemples : les débris épithéliaux paradentaires de Malassez). S'il évolue vers un kyste dermoïde, cette évolution n'a pas une marche progressive. Après une période de latence et d'indolence, le kyste se met à augmenter de volume. On a remarqué que c'est à l'âge de la puberté que se fait cette poussée d'évolution. Alors il y a augmentation de la paroi kystique par prolifération cellulaire, et en même temps il y a distension de la poche par les productions à l'intérieur de matières qui feront le contenu du kyste.

L'absence presque régulière de glandes sudoripares et de papilles dans la paroi dermoïde s'explique par le fait que l'enclavement s'effectue avant l'apparition, qui est tardive, de ces éléments dans le tégument externe. En effet, d'après Kœlliker, les premiers rudiments de poils, de duvet, se montrent au front et aux sourcils à la fin du troisième mois et au début du quatrième, et les glandes sébacées à la fin du quatrième, tandis que les glandes sudoripares se développent au cinquième mois et que les premières traces de papilles n'apparaissent, aux mains et aux pieds, qu'au sixième mois.

Supposons que cet amas épiblastique, une fois enclavé, se soit arrêté dans son développement, et que le réveil se faisant longtemps après, le kyste qui en sera engendré ne nous présentera pas des glandes sudoripares et des papilles. Au contraire, si le développement de l'amas épiblastique a subi une marche normale, la paroi kystique nous présentera tous les éléments du tégument externe.

La théorie de l'enclavement a été démontrée expérimentalement. On a obtenu par des greffes cutanées des enclavements artificiels qui ont donné naissance à des kystes dermoïdes. C'est Masse (de Bordeaux) qui s'est le plus préoccupé de cette question.

Nous croyons bon, pour rendre plus clair l'article de la pathogénie de ces kystes, de prendre, comme exemple de formation des kystes dermoïdes, ceux qui se développent au devant du cou et enfin ceux qui nous intéressent un peu plus particulièrement, c'est-à-dire les kystes présternaux. Voici ce que Lannelongue et Achard disent, à la page 112 de leur *Traité des kystes congénitaux*, pour la formation des kystes du cou :

« Au cou, la théorie de l'enclavement rend un compte très exact de la formation des kystes dermoïdes aux dépens des

fentes branchiales. Dans cette région, en effet, les fentes branchiales laissent parfois des traces persistantes sous forme de fistules congénitales. Or il est facile de constater que les fistules se comportent exactement comme les kystes appelés kystes branchiaux, dont les kystes dermoïdes ne sont qu'une variété ; elles ont les mêmes connexions, la même structure ; elles dérivent comme eux d'un accident d'évolution des fentes branchiales et peuvent même être considérées comme un stade intermédiaire de cette évolution troublée. C'est ce que démontre l'examen de leurs principales particularités anatomiques.

» En effet, les fistules branchiales, lorsqu'elles sont latérales, ont souvent des adhérences avec le squelette (cornes de l'os hyoïde, apophyse styloïde), comme cela a quelquefois été observé pour les kystes branchiaux ; fréquemment elles adhèrent, comme ceux-ci, au paquet vasculo-nerveux et à la tunique externe des veines, particularité qui s'explique également bien dans les deux cas par la formation embryogénique des vaisseaux du cou aux dépens des arcs aortiques primitifs. On doit encore remarquer que les fistules branchiales, dont l'orifice externe est sur la ligne médiane, ont pour siège de prédilection le niveau du cartilage thyroïde et l'espace thyro-hyoïdien, comme c'est aussi le cas habituel des kystes médians.

» La structure des différents kystes branchiaux fournit encore un argument à la théorie qui les fait dériver des fentes branchiales. En effet, à côté des kystes dermoïdes il y a d'autres kystes branchiaux dans lesquels on ne trouve pas d'éléments ectodermiques, mais seulement un épithélium vibratile, sans traces d'épithélium pavimenteux ; et pourtant la relation de ces kystes à épithélium vibratile avec les kystes dermoïdes est bien manifeste, puisqu'on a rencontré

des kystes présentant une structure mixte, c'est-à-dire un mélange d'épithélium pavimenteux stratifié et d'épithélium cylindrique vibratile. Or une pareille structure se rencontre dans les fistules branchiales, et dans ces fistules la présence de cellules vibratiles, qui ne fut pas sans surprendre les premiers observateurs tels que Lieberkün, s'explique bien aujourd'hui, car on la retrouve précisément dans les fentes branchiales de l'embryon.

» On sait, en effet, que la surface externe des arcs branchiaux est revêtue par un épithélium pavimenteux, et leur surface interne par l'épithélium du *proentéron*, que Neumann a trouvé vibratile sur un embryon humain de dix-huit semaines, ainsi que Kœlliker sur un embryon de quatorze semaines.

» Il devient donc facile d'expliquer les variétés de structure que présentent les kystes branchiaux, par cette considération que la partie persistante de la fente branchiale est tantôt celle que tapisse un épithélium pavimenteux, tantôt celle qui porte un épithélium vibratile, tantôt enfin la portion intermédiaire qui offre les deux variétés de l'épithélium normal. Dans ce dernier cas, le kyste qui en résulte peut affecter la forme canaliculaire, comme dans les observations de Neumann et de Baümgarten ; telle était probablement aussi la structure des kystes canaliculés de Larrey et de Duplay.

» Enfin, l'on peut observer les degrés intermédiaires entre les kystes et les fentes branchiales, et saisir, pour ainsi dire, le passage de la fente branchiale au kyste. Tout d'abord, en effet, nous remarquerons qu'un certain nombre de fistules branchiales, dites consécutives, succèdent à l'ouverture d'un kyste, ce qui rétablit artificiellemsnt la disposition ancienne qui existait à l'origine du kyste. Mais, d'autre part, ce qui est plus important, on peut voir un kyste bran-

chial succéder à une fistule, autrement dit la fistule se transformer en kyste.

« Les kystes dermoïdes de la région sternale s'expliquent aussi bien que ceux du cou par un accident dans l'occlusion des lames thoraciques (somatopleures), qui sont les homologues des arcs branchiaux. Ces kystes sont au vice de conformation connu sous le nom de fissure sternale, ce que sont les kystes branchiaux par rapport aux fistules branchiales. Leur siège au niveau de l'articulation des deux premières pièces sternales, l'existence dans leurs parois d'un mélange d'épithélium vibratile et d'épithélium pavimenteux (cas de Nélaton-Robin), la disposition canaliculée (cas personnel), complètent l'analogie avec les kystes du cou et permettent de les assimiler complètement aux véritables kystes branchiaux. »

SYMPTOMES

Début. — Ces kystes sont congénitaux, avons-nous dit ; mais nous savons qu'il existe, en général, une période de stagnation pendant laquelle la néoplasie peut passer inaperçue. Tel kyste qui n'a pas été soupçonné dans l'enfance se développe subitement à dix ans ; tel autre remarqué dès la naissance peut rester stationnaire pendant fort longtemps pour prendre subitement un développement considérable.

Siège. — Ces kystes siègent généralement sur la ligne médiane, au niveau de l'articulation des deux premières pièces sternales ; cependant ils peuvent s'étendre de chaque côté de cette ligne sur une longueur variable ; mais généralement la tumeur est formée de deux moitiés symétriques.

Forme. — Ce sont des tumeurs sphériques ou ovoïdes, quelquefois bosselées. On observe souvent une sorte d'ombilication, de dépression de la tumeur à son centre, même quand elle ne présente pas d'adhérences avec le plan sous-jacent (Clutton).

Volume. — Le volume de ces kystes est extrêmement variable suivant le moment de leur évolution et les tendances pro-

ductives de la paroi kystique, mais en général les kystes du sternum n'acquièrent pas un volume très considérable. A la naissance du sujet, on les a vus d'un volume d'un petit pois (Obs. XI) ; d'une noix (Obs. XIV). Au moment où ces tumeurs ont été opérées, elles ont présenté un volume comme une petite orange (Obs. XIII), ou le volume le plus considérable remarqué jusqu'à présent, celui d'une tête d'enfant (Obs. X).

Signes fonctionnels. — Ces tumeurs ne s'accompagnent généralement d'aucun phénomène douloureux, ce qui explique qu'elles peuvent rester longtemps inaperçues et que ce n'est que par leur volume qu'elles attirent l'attention du malade. On a signalé cependant quelques élancements douloureux survenus de temps en temps.

Signes physiques. — Ces signes sont d'une bien plus grande importance, car, comme nous allons le voir, c'est grâce à eux que nous ferons le diagnostic.

Tout d'abord, à la simple inspection, on peut déjà constater quelques-uns des caractères de ces kystes, on se trouve en présence d'une tumeur généralement médiane, et présentant le plus souvent une forme vaguement sphérique.

La couleur de la peau qui recouvre cette tumeur reste ordinairement normale, excepté cependant dans les cas rares où l'inflammation est survenue, ou bien encore lorsque le kyste ayant acquis un volume considérable, la peau devient rouge, violacée par compression vasculaire. Cette même inspection nous permettra aussi de constater que les mouvements respiratoires n'influent en rien sur la situation et les rapports des kystes.

Si nous passons maintenant à la palpation, nous trouve-

rons des caractères autrement significatifs. Tout d'abord, elle nous permettra de préciser le siège anatomique de la tumeur, fait de la plus haute importance pour le diagnostic.

Or, presque toujours, ces kystes congénitaux siègent franchement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et aucune adhérence ne les rattache aux téguments superficiels. La peau est généralement mobile sur la tumeur. Dans nos observations, elle l'était presque toujours. De même la tumeur est presque toujours mobile snr le plan sous-jacent, et on peut souvent la faire rouler facilement sous les doigts. Parfois cependant quelques adhérences, plus ou moins serrées, la rattachent au surtout fibreux qui tapisse la face antérieure du sternum. Pour faciliter l'exploration du sternum, on pourrait faire une ponction et diminuer ainsi le volume de la tumeur. Le kyste pouvant communiquer avec les organes de la cage thoracique, il est nécessaire, entre autres signes, de rechercher si, en faisant tousser le malade, on ne ressentirait pas une impulsion.

La palpation nous permet enfin d'apprécier la consistance de la tumeur. La consistance des kystes varie avec leur nature et leur volume. Les kystes mucoïdes sont des tumeurs élastiques, dures quelquefois, de forme exactement sphérique, ou bien donnent la sensation nette de fluctuation. Pour les kystes dermoïdes, les tout petits seront mous, pâteux ; pour les autres, on aura la sensation nette de fluctuation. On retrouve quelquefois une sorte de crépitation, de froissement de cheveux en comprimant fortement la tumeur. Ces manipulations du kyste ne provoquent généralement aucune douleur.

On pourrait enfin, comme dernier élément d'investigation, avoir recours à la percussion.

Elle nous donnerait une matité franche et absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Les éléments voisins ne subissent, en général, aucune modification du fait de la présence de cette néoplasie.

Tels sont donc les principaux symptômes des kystes congénitaux de la région présternale. Nous pourrions ajouter quelques troubles nerveux observés surtout chez des femmes et qui paraissent être d'ordre purement psychique. Neurasthénie (Observation XI).

DIAGNOSTIC

En somme, les caractères qui nous guideront dans le diagnostic seront les suivants : tout d'abord la congénitalité, l'indolence de la tumeur, son siège et son indépendance dans le tissu cellulaire sous-cutané, la fluctuation nette et indubitable. Et tout d'abord cette fluctuation nous fera écarter toutes les tumeurs solides. Nous éliminerons de même les tuméfactions aiguës, comme les abcès, car il s'agit d'une affection essentiellement chronique.

Cependant nous avons vu que le kyste peut s'enflammer. C'est vrai, et nous pourrions le confondre alors avec un abcès, s'il n'avait pas déjà été remarqué. Mais la suppuration ne guérira pas le kyste, il se reproduira, et alors nous reconnaîtrons notre erreur.

Le diagnostic de kyste étant fait, il faut nous demander quel en est le contenu. Que pourrait-il être ?

Du pus. — Nous pourrions alors penser à un abcès froid. Mais ce kyste est congénital. Le malade s'est aperçu de sa présence depuis de longues années. Ce n'est certes pas là l'évolution d'un abcès tuberculeux. Les parties environnantes sont saines, la peau est normale, autant de raisons pour éliminer l'hypothèse de la tuberculose.

Du sang. — Nous aurions alors un hématome, un angiome, un anévrysme.

Ici encore l'évolution nous fera rejeter l'hématome. On ne voit pas bien une poche sanguine durer aussi longtemps sans modifications des téguments.

Ce n'est pas non plus un anévrysme, il faudrait un souffle, des battements, des mouvements d'expansion, tous caractères que nous n'avons pas.

Enfin ce n'est pas un angiome, une tumeur érectile. Ces dernières sont réductibles, augmentent de consistance et de volume au moment des efforts, et la peau présente des taches violacées ; ce n'est pas ce que nous rencontrons dans les tumeurs que nous étudions.

De la sérosité. — Et dans ce cas nous pourrions penser à plusieurs affections, à un kyste hydatique. Mais c'est là une exception, et en tous cas la congénitalité nous le ferait rejeter.

A un hygroma : les bourses séreuses sont bien rares à ce niveau.

A un kyste sébacé : le diagnostic pourrait être ici plus difficile, et il y a souvent une grande analogie entre certains kystes dermoïdes et des kystes sébacés glandulaires.

En général, la peau n'est pas mobile sur le kyste sébacé, parce qu'elle y est rattachée par le vestige du conduit excréteur.

L'existence d'un point noir central est en faveur du kyste glandulaire. Cependant les kystes dermoïdes peuvent présenter quelque chose d'analogue (Lannelongue).

Nous pouvons ajouter que la fluctuation est biens moins

nette dans le kyste sébacé que dans les tumeurs que nous étudions.

Enfin, ici encore la notion de congénitalité nous guidera dans le diagnostic différentiel.

Pour être complet nous éliminerons aussi le lipome dont la consistance rappelle parfois la fluctuation, mais qui n'a jamais été vu au moment de la naissance.

PRONOSTIC

Nous n'insisterons point sur le pronostic. Il est en général très bénin.

En effet, par compression, quel désordre peut-il amener? Quel organe peut-il en souffrir?

La tumeur peut être simplement gênante, grâce à son volume ou grâce à son poids.

Mais nous n'oublierons pas que la guérison spontanée est radicalement impossible, car nous savons que nous nous trouvons en présence d'une paroi sécrétante qui produira continuellement ses éléments ordinaires, tant que son ablation ne sera pas complète.

COMPLICATIONS

Des complications, on peut dire qu'elles sont aussi rares que les kystes dermoïdes de la région présternale. Le kyste peut s'enflammer, quelquefois même il suppure.

TRAITEMENT

Il ne peut y avoir qu'une thérapeutique des kystes dermoïdes présternaux, et cette thérapeutique n'a pris sa véritable place, la première, que le jour où la pathogénie vraie de ces kystes a été bien comprise.

L'ablation totale reste le remède héroïque.

Et l'on comprend facilement les insuccès des anciennes méthodes à la lumière de ces faits nouveaux.

A quoi bon des attouchements au nitrate d'argent et des injections irritantes? La simple incision ne suffit pas.

Ce n'est pas un épithélium que nous devons modifier, c'est une paroi toute entière que nous avons à détruire.

Et pour cela, c'est à l'ablation qu'on doit avoir recours.

OBSERVATIONS

Observation I

(Vénot, *Gazette médicale de Paris*, 30 septembre 1837, p. 618.)

Vénot, avec son confrère Caussade, ont observé un cas de kyste dermoïde présternal. Ils ont cru tout d'abord avoir affaire à un abcès et traitèrent la tumeur comme telle. Ce malade était atteint de syphilis secondaire.

Observation II

(J. Cloquet, *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 3 janvier 1885, p. 235.)

M. J. Cloquet a observé une tumeur du sternum qui était remplie de poils à un tissu corné, ramolli, blanchâtre ; mais on n'a pas pu trouver de poils attachés à la paroi du kyste.

Observation III

(Ed. Simon, *Bull. de la Société anatomique*, avril 1858, p. 129.)

Il s'agit d'un kyste, du volume d'une demi-bille de billard. Ce kyste, situé au devant de l'articulation de la pre-

mière avec la deuxième pièce du sternum, datait de l'enfance du malade, âgé de 27 ans. Son développement a été très lent. La membrane qui le tapissait intérieurement offre, avec la couleur rouge grisâtre d'une muqueuse, tous les caractères des téguments. Elle est lisse, unie, sans villosités, couverte d'une douzaine de poils, les uns blancs, les autres noirs, poils de trois à cinq centimètres de long, qui ont la plus grande analogie avec les poils de barbe. Cette membrane m'a paru composée par un derme assez épais, soit de un à deux millimètres, et par un épithélium pavimenteux stratifié, dont les couches profondes sont constituées par un épithélium nucléaire.

La matière sébacée qu'elle circonscrivait renfermait de nombreux poils. Ce kyste, sébacé par sa constitution, paraissait donc produit par une sorte de dépression de la peau, dont l'ouverture se serait fermée.

Observation IV

(Observation recueillie dans le service de M. Nélaton, par M. Fontaine, interne du service, et publiée dans la thèse de Charles Dumoulin, en 1866.)

Kyste muqueux présternal avec épithélium prismatique à cils vibratiles. — Traitements divers. — Récidives. — Ablation totale. — Guérison.

Amédée B..., âgée de 17 ans, couturière, demeurant à Grenelle, entrée à l'hôpital des Cliniques, le 5 avril 1865, et couchée au numéro 28 de la salle des femmes.

La malade était en nourrice lorsqu'elle fit une chute dans laquelle le sternum avait porté sur un corps chaud au niveau du siège même de la lésion. Cet accident lui serait arrivé vers l'âge de dix-huit mois; elle fut, un peu plus

tard, retirée des mains de la nourrice. Vers le commencement de la troisième année, les parents s'aperçurent de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur était globuleuse, recouverte par une portion de peau saine; sa dureté était assez considérable, on pouvait la faire rouler sous le doigt. Un médecin militaire, qui soignait la malade à ce moment et qui constata les caractères que nous venons de noter, prit la tumeur pour un kyste et en proposa l'ablation.

L'opération ne fut pratiquée que vers l'âge de quatre ans; la poche fut incisée : il en sortit une matière non liquide, assez consistante. Le kyste, une fois vidé, fut cautérisé avec le nitrate d'argent en crayon.

Une inflammation s'ensuivit qui fit suppurer la poche. Contre son attente, le chirurgien ne put obtenir l'oblitération de la cavité. A partir de ce moment, la surface irritée se modifia lentement et prit l'aspect que nous décrirons plus loin.

Le chirurgien essaya encore à diverses reprises, et pendant une année, d'arriver à son but : l'oblitération du sac kystique ; malgré la variété des moyens employés, il échoua.

Plus tard, à l'hôpital des Enfants-Malades, on réitéra les cautérisations avec le nitrate d'argent. Une inflammation vive se déclara ; des attaques d'éclampsie en furent la conséquence et on dut suspendre tout traitement. L'enfant avait alors six ans.

Inquiets sur la ténacité du mal, les parents amenèrent l'enfant à la Clinique, le 1er juillet 1904, dans le service dirigé à ce moment par M. Honel, qui remarqua que la cavité kystique était presque complète et s'était probablement reconstituée. Seul, un petit orifice donnait accès

dans l'intérieur de la poche. Le fond de cette dernière était situé à quatre centimètres environ au-dessus de l'ouverture. La malade éprouvait une certaine gêne au niveau du mal et se contrariait beaucoup de l'augmentation de la sécrétion, surtout depuis quelque temps.

A deux reprises différentes et à huit jours d'intervalle, M. Hénel incisa, de haut en bas, la membrane qui formait le pont. Il cautérisa chaque fois les surfaces malades avec le crayon de nitrate d'argent. Puis, après quelques jours, il eut recours à la liqueur de Villate, qui fut employée pendant quelques semaines dans les pansements. Les lèvres de la plaie furent rapprochées et se cicatrisèrent rapidement.

Au bout de ce temps, la malade, se sentant améliorée, quitta l'hôpital; chez elle la plaie fut pansée avec de l'alcool.

Bientôt après, la gêne et le suintement reparurent aussi incommodes qu'auparavant.

La malade revient à la Clinique le 4 avril 1865, dans le service de M. Nélaton. On peut alors constater l'état suivant :

Sur le devant du sternum, un peu au-dessous de l'union de la première pièce de cet os avec la deuxième, on voit un diverticulum d'aspect muqueux lorsqu'on l'examine par son ouverture. La partie malade ressemble assez bien, par sa configuration, à une poche dont le fond tourné en haut serait diamétralement opposé à l'ouverture, placée inférieurement.

Horizontalement, la poche s'étend sur une longueur de 3 centimètres environ; de haut en bas, elle mesure 1 centimètre 1/2.

La partie inférieure de la cavité qu'elle circonscrit forme un véritable cul-de-sac, lequel est limité :

1° En avant par une sorte de voile tendu de droite à gauche et de haut en bas. La partie supérieure de cette sorte de pont membraneux se confond avec la peau qui recouvre l'extrémité correspondante du sternum, mais en bas, où il est libre et sans adhérences, ce repli présente un rebord presque flottant dont les extrémités viennent se perdre à la peau des régions voisines.

2° Quant aux deux bords latéraux, l'un droit et l'autre gauche, il est impossible de trouver extérieurement leur limite, à cause de leur continuité parfaite avec les téguments des organes voisins.

Cependant l'introduction d'un stylet dans la poche permet de les accuser en soulevant les extrémités latérales de la cavité.

Envisagé dans son ensemble, ce repli membraneux présente quelque analogie avec les prolongements valvulaires. On peut lui considérer deux faces : l'une antérieure, superficielle, cutanée ; l'autre, postérieure, profonde, muqueuse. La première n'a pas les caractères de la peau saine, elle est un peu rougeâtre et l'on y voit des traces de cicatrices, témoignage des vaines tentatives de traitement, faites antérieurement. On trouve aussi des brides cicatricielles légères au delà du mal ; plusieurs d'entre elles remontent jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la valvule.

La face profonde est constituée par une membrane d'aspect muqueux qui, supérieurement et sur les côtés, se réfléchit d'avant en arrière pour se continuer avec un autre plan également muqueux, mais reposant, lui, sur la face antérieure du sternum.

Les deux surfaces, cutanée et muqueuse, de ce voile

sont donc adossées pour former le repli valvulaire, et se continuent directement sur son bord libre.

3° En arrière, la poche kystique formant une sorte de sinus se trouve tapissée par un feuillet également muqueux que nous avons vu n'être en quelque sorte que le prolongement de celui qui appartient au repli membraneux. Il est rougeâtre et forme la partie postérieure du diverticulum ; il présente cette particularité que, en bas, il descend au-dessous du bord libre de la partie flottanie, d'où il résulte qu'en arrière le sinus mesure une étendue plus considérable en hauteur.

Limité de cette manière, le diverticulum nous présente, à sa partie déclive, un large hiatus qui conduit à l'extérieur. Par cet orifice, qu'on peut agrandir en soulevant le repli valvulaire, soit avec un stylet, soit même avec le doigt, on voit jusqu'au fond du diverticulnm.

Cette cavité est le siège d'une sécrétion de nature muqueuse. Parfois les produits exsudés ont un aspect rosé ; parfois aussi ils sont jaunâtres et purulents, ce qui nécessite, en raison même de l'abondance relative de la sécrétion, des soins de propreté incessants.

Le 5 avril, M. Nélaton procède à l'opération de la façon suivante : la malade étant chloroformisée, il circonscrit le kyste par deux incisions curvilignes dirigées transversalement, se réunissant par leurs extrémités et cernant toute la tumeur. La dissection fut délicate et assez laborieuse, surtout pour le feuillet profond placé au devant du sternum auquel il adhérait fortement. M. Nélaton parvint à enlever le kyste dans sa totalité, et à ne laisser aucun point de la poche qui pût lui faire craindre une nouvelle récidive. Le pansement fut fait avec de la charpie imbibée d'alcool.

Trois jours après l'opération, les bords de la plaie rou-

gissent et un érysipèle se développe à ce niveau : les bords de la plaie, qu'on avait rapprochés avec des bandelettes de diachylon placées verticalement, se tuméfient considérablement et s'écartent l'un de l'autre. L'érysipèle s'étend à la partie supérieure gauche de la poitrine. Un abcès se développe au-dessus de la clavicule ; il est ponctionné avec le bistouri ; il en sort une quantité notable de pus ; dès lors, l'érysipèle s'amende et l'abcès guérit facilement. A partir de la disparition de l'érysipèle, le travail de la cicatrisation de la plaie marche rapidement, et en quelques jours il se trouve complet.

Le 14 juillet 1866, nous avons revu la malade, et la guérison s'était maintenue parfaite. La cicatrice est dirigée transversalement, et son tissu présente une teinte blanchâtre avec une légère dépression au centre.

Examen hystologique, fait par M. le professeur Robin. — La pièce présente une dépression à surface muqueuse, profonde de 1 à 5 mm. La longueur est de 2 centimètres sur une largeur de 1 centimètre à 1 centimètre 1[2. Elle présente quelques dépressions larges de 1 à 6 mm. sur 1 à 4 mm. de profondeur.

Le tissu, d'aspect muqueux, est lisse, mou, blanchâtre, plus mince que le derme avec lequel il est continu. A son niveau, le tissu sous-jacent est un peu congestionné.

L'épithélium de cette dépression d'aspect muqueux est pavimenteux, formé de cellules faciles à isoler. Les cellules de la couche superficielle de cet épithélium sont dépourvues de noyaux.

Les plus grandes dépressions sus-indiquées présentent sur leur surface des papilles vasculaires ; ces dépressions sont tapissées d'un épithélium pareil au précédent. Mais

ces dépressions présentent des arrière-fonds ou culs-de-sac pleins d'un mucus transparent et très visqueux. Ces arrière-fonds sont tapissés d'un épithélium prismatique à cils vibratiles.

Les cellules prismatiques sont des mieux caractérisées, pareilles à celles de la trachée ; au-dessous d'elles, on trouve une couche assez épaisse, formée de plusieurs rangées d'épithélium nucléaire, à noyaux sphériques, soit contigus, soit écartés par un peu de matière amorphe non encore segmentée.

Quelques-uns de ces arrière-fonds présentent une ou plusieurs longues papilles vasculaires tapissées soit d'épithélium prismatique cilié, soit, au contraire, seulement par la rangée des épithéliums nucléaires précédents.

Dans le mucus, on trouve des cellules épithéliales prismatiques, à sommet soit coupé nettement, soit prolongé par un mince filament en queue. Leur extrémité libre a une bordure hyaline assez épaisse portant des cils qui sont longs et nettement limités. Il renferme aussi quelques noyaux de l'épithélium nucléaire sus-indiqué, qui, ainsi que les précédents, sont dépourvus de nucléoles.

Observation V

(Landrieux, *Bull. de la Soc. anatomique*, juillet 1868, p. 439.)

Il s'agit d'une tumeur qui a été enlevée par M. A. Guérin, sur un homme de 28 ans. « Cette tumeur existait, au dire du malade, depuis une vingtaine d'années: elle occupait la région sternale, à la hauteur de la jonction de la première et de la deuxième pièces de cet os, et avait acquis en

peu de temps le volume d'une orange. Elle donnait une sensation très nette de fluctuation, était indolente et mobile. On avait pensé avoir affaire à un kyste séreux ou à un lipome à cause de sa grande mobilité.

» Après l'opération, on put constater que la tumeur était formée d'une enveloppe mince, fibreuse, contenant une bouillie crémeuse et caséeuse. A la surface interne de la membrane du kyste, on trouva deux poils longs de quatre à cinq centimètres. Le microscope démontra que le contenu était constitué presque exclusivement de globules graisseux et de cellules épithéliales infiltrées de graisse. »

Observation VI

(Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, p. 195, obs. XXVIII.)

Kyste extirpé chez une jeune fille de 16 ans; il siégeait sur la ligne médiane, au-dessous de la fourchette sternale; il affectait une disposition canaliculée.

Le contenu renfermait de nombreux poils follets.

Observation VII

(*Bulletin de la Société anatomique*, mars 1872, p. 111.)

En discutant sur un kyste dermoïde du plancher de la bouche présenté par Verneuil, Houel cite sans détails le fait suivant :

« J'ai observé un kyste à épithélium vibratile, situé chez une jeune fille âgée de 16 à 17 ans, au devant du sternum. »

Observation VIII

(Rapportée par M. H. Clutton, à la Société de pathologie de Londres, 1887. *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. V, p. 643.)

Kyste dermoïde présternal.

Il s'agit d'un kyste dermoïde présternal extirpé chez une femme de trente-neuf ans. La malade était âgée d'un mois et demi, lorsqu'on découvrit au niveau du sternum un nodule de la grosseur d'un pois. Dix ans plus tard, on ponctionna la tumeur qui avait augmenté de volume, mais on n'y trouva pas de liquide. A l'âge de dix-neuf ans, le kyste présentait les dimensions d'un œuf de poule et ne paraissait plus s'accroître. Cinq ans avant l'intervention, le développement de la tumeur avait pris un nouvel accroissement, et celle-ci avait fini par mesurer trente centimètres de circonférence. Le kyste était situé entre les mamelles, sur la ligne médiane. Son contenu pesait 300 grammes. Il était formé de cellules épithéliales, de cholestérine et de graisse. La paroi interne ressemblait à la peau. On n'y a trouvé qu'un seul poil implanté. Le sternum au-dessous du kyste était intact.

Observation IX

(Chrétien, de Poitiers, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1889, p. 506, séance du 4 octobre 1889.)

Kyste mucoïde congénital de la région présternale.

Hortense F..., religieuse, âgée de 26 ans, entre, le 23 juin 1889, à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, cabinet n° 3.

D'une bonne santé habituelle, régulièrement réglée, la malade ne présente aucun antécédent pathologique. Dès sa première enfance, ses parents avaient remarqué l'existence d'une petite tumeur arrondie, indolente, au niveau de la partie supérieure du sternum. Cette tumeur ne donna lieu à aucun accident jusqu'à l'âge de 10 ans. A ce moment, elle augmenta de volume et bientôt s'ouvrit spontanément. Il s'écoula une certaine quantité de liquide et la partie se referma très vite, reprenant promptement son volume primitif. En 1883, pendant une première grossesse, la tumeur s'accrut de nouveau, devint douloureuse et fut incisée par un médecin un mois après l'accouchement. L'ouverture persista pendant quinze jours environ. Le liquide se reproduisit encore; en 1888, nouvelle grossesse, nouvelle poussée du côté de la tumeur qui, trois semaines après la délivrance, s'ouvre spontanément et laisse échapper du pus, puis le trajet s'oblitère encore.

Quand la malade entre à l'Hôtel-Dieu, nous constatons l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, grosse comme une mandarine, située au devant de la première pièce du sternum et débordant légèrement en haut de la fourchette; mobile en tous sens, cette tumeur est recouverte par la peau qui glisse, à sa surface, et qui est un peu altérée par l'application de diverses pommades.

Une cicatrice apparaît au point le plus déclive. La pression n'est nullement douloureuse; il y a cependant, de temps à autre, quelques petits élancements, et on détermine une douleur assez vive en refoulant la tumeur en haut et en pressant le sternum au point qu'elle recouvre ordinairement. L'état général de la malade est excellent.

Le 21 juin, nous pratiquons, suivant le diamètre vertical de la tumeur, une incision de trois centimètres. Il s'écoule

environ un verre à bordeaux de pus homogène mêlé de sang ; après avoir nettoyé la cavité avec des tampons de coton phéniqué, nous examinons l'intérieur de la poche, qui est revêtue d'une membrane d'un rouge vif, parsemée de nombreux petits mamelons papillaires et d'aspect tout à fait muqueux. Cette membrane dépasse en haut la fourchette et s'enfonce au-dessus d'elle, constituant là une dépression en cul-de-sac ; la partie moyenne de la cavité est resserrée entre les articulations sterno-claviculaires, de telle sorte que l'ensemble de la poche a un peu l'aspect d'un bissac. La portion susternale présente au fond un petit repli dans lequel on cherche vainement à introduire un stylet.

La cavité toute entière est bourrée de tarlatane phéniquée et de poudre d'iodoforme. La malade n'a, à la suite de cette incision, aucune réaction fébrile, et le pansement, enlevé trois jours après, ne contenait pas de pus.

Le 3 juillet, la malade est endormie par le chloroforme, et nous pratiquons l'extirpation du kyste. La paroi muqueuse est séparée, par dissection, de la peau à laquelle elle adhère par un tissu conjonctif assez dense, et du sternum qui n'est pas mis à nu. Cet os ne présente pas de malformation. La poche est isolée de toutes parts, et nous ne trouvons, en aucun point, de tractus la reliant aux organes du cou.

La plaie est détergée avec des tampons de coton phéniqué, et cinq points de suture en réunissent les lèvres. Pansement iodoformé et phéniqué légèrement compressif.

Les suites ont été aussi simples que possible ; la température est restée normale ; pas de douleurs, appétit excellent. Les fils furent enlevés le 8, et la malade quitta l'hôpital le 13, complètement guérie.

Examen histologique. — Après durcissement de la pièce dans l'alcool, nous avons pratiqué des coupes dont l'étude fournit les résultats suivants : la face interne de la membrane kystique est tapissée par un épithélium cylindro-conique stratifié d'une grande épaisseur. Les cellules se terminent par une pointe fine très allongée.

Leur surface est recouverte par une couche de détritus globulaires qui prennent une teinte verte sous l'action du picrocarmin. La dissociation de ces cellules dans le sérum iodé montre que la couche la plus superficielle des strates est pourvue d'un plateau surmonté de cils vibratiles. Leur noyau, bien coloré, est très volumineux ; leur pointe effilée s'enfonce entre les cellules des couches profondes, qui sont plus courtes et dépourvues de cils. Cet épithélium est séparé du chorion muqueux par une membrane basale à la surface de laquelle est une rangée de petites cellules d'un rouge vif. L'ensemble de ce revêtement forme une série de saillies papillaires, au milieu desquelles on voit quelques culs-de-sac glandulaires en doigt de gant ou légèrement ampoulaires. L'épithélium de ces glandes est semblable à celui que nous venons de décrire. Le chorion muqueux, fort épais en quelques points, est limité profondément par de gros faisceaux conjonctifs au milieu desquels apparaissent des fibres élastiques et des capillaires sanguins. Dans quelques préparations, ce tissu prend l'aspect du tissu muqueux, et l'on y voit des cellules anastomosées en réseau à larges mailles. Les faisceaux sont d'autant plus colorés et plus denses qu'on s'éloigne davantage de la paroi kystique.

Observation X

(Recueillie dans le service de M. Reynier, à Lariboisière, par M. Naftbali Waitz. Thèse de Paris, 1897, n° 601, p. 54.)

Le nommé P..., âgé de 16 ans, employé de commerce, entré le 31 mai 1897 à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Reynier, occupait le lit n° 17 de la salle Ambroise-Paré.

Le malade avait, depuis l'enfance, une tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur occupait une situation médio-sternale, au devant du manubrium. Elle est donc congénitale.

Il y a 3 mois environ, et sans cause appréciable, la tumeur, qui d'ailleurs s'était accrue lentement et sans réaction aucune, jusqu'au volume d'une petite orange, s'est subitement développée pour acquérir le volume d'une tête d'enfant.

Cet accroissement a eu lieu sans douleur.

Sur les quelques douleurs lancées dans le dernier temps, le malade est entré à l'hôpital.

A l'examen on trouve :

Une tumeur indolente médio-sternale sur le manubrium faisant une saillie globuleuse très accentuée.

La peau est rouge, légèrement violacée par compression vasculaire.

On a la sensation très nette d'onde fluctuante.

La tumeur a l'air d'être mobile sur le plastron musculo-osseux sous-jacent.

On n'a pas de sensation d'adhérences.

L'opération fut faite le 5 juin 1897.

Incision, etc...

Enucléation facile de la tumeur kystique qui se décortique aisément.

Pas d'adhérences.

La tumeur est enlevée en entier avec sa poche.

Elle n'avait pas de pédicule.

A l'examen de la cavité on constate :

1° La présence d'un liquide huileux, blanc roussâtre ;

2° D'une grande quantité de matière sébacée, avec

3° Quelques poils fins, soyeux et courts.

En laissant reposer le contenu, un liquide huileux surnage à la surface, tandis que la plus grande partie solide reste au fond du vase.

La paroi du kyste est assez épaissé, et sa surface interne a l'aspect de la peau normale, mais ramollie et blanchâtre.

Le diagnostic de kyste dermoïde congénital se trouve ainsi confirmé.

Observation XI

(Prise par Arthur Audoly, Thèse de Paris, 1898, n° 635, page 35, *in* Duplay. *Clinique chirurgicale*, 1900, p. 139.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, couchée au numéro 5 de la salle Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de nôtre maître, M. le professeur Duplay.

Entrée le 18 mai 1898, pour se faire opérer d'une tumeur qu'elle porte au niveau de la région présternale, cette malade n'offre, dans ses antécédents de famille, rien de spécial à noter, et, pas plus du côté de ses ascendants que de ses collatéraux, on ne relève aucun vice de conformation, ni

bec de lièvre, ni spina bifida, ni malformation des organes génitaux.

Elle est mère de deux enfants, l'aîné a 10 ans, le second 8 ans ; tous les deux sont bien portants et bien conformés.

A part la variole dont elle porte les traces sur le visage, variole qu'elle contracta à l'âge de 3 ans, cette femme ne fit jamais de graves maladies.

Cependant, depuis une année, elle se plaint de quelques troubles généraux qu'elle met sur le compte de la tumeur.

Ces troubles généraux consisteraient en moindre abondance des règles, diminution très minime des forces physiques et de l'appétit.

La tumeur date de la naissance. A cette époque elle était grosse comme un petit pois, et occupait comme maintenant la ligne médiane de la région présternale. Depuis, cette tumeur s'est accrue sans douleur.

A 15 ans, elle présentait le volume qu'elle offre à l'heure actuelle, c'est-à-dire celui d'une petite orange. Le médecin du village où habitait la malade fit une ponction sur la partie centrale, et cette ponction aurait donné issue à un mélange de sang et de pus. Dès le premier mois après cette ponction, la patiente vit la tumeur se reproduire et acquérir le volume qu'elle avait avant la ponction. Depuis lors, la tumeur n'a pas changé, elle « ne bouge pas », nous dit la malade.

L'inspection nous montre, à l'heure actuelle, une tumeur située sur la ligne médiane et sur le sternum à partir de l'échancrure sternale, tumeur recouvrant le manubrium et une partie de la seconde moitié du sternum.

Sa forme est exactement hémisphérique et présente un

diamètre de 12 centimètres dans le sens vertical, et les mêmes dimensions dans le sens transversal.

La peau et les tissus cellulaires sous-cutanés qui la recouvrent sont absolument sains; on peut plisser la peau sans difficulté ; il n'y a donc pas la moindre adhérence de la peau à la tumeur. Sur les parties profondes cependant, il n'est pas possible de faire quitter exactement à la tumeur la surface du sternum.

Cette tumeur est nettement fluctuante; elle n'est ni rénitente, ni élastique ; elle est mate à la percussion, complètement irréductible; les mouvements respiratoires n'amènent aucune espèce de modification. Elle est de plus absolument indolente; aucune lésion de voisinage : les côtes, les clavicules, le sternum ne présentent rien d'anormal et ne sont pas douloureux à la percussion. Rien non plus du côté des organes intrathoraciques.

A l'heure actuelle, on note de légers troubles généraux qu'on doit rattacher à la neurasthénie.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

En raison du siège de la tumeur, de sa nature liquide, de son irréductibilité et de son origine aux premiers temps de la vie, le diagnostic de kyste dermoïde de la région présternale s'imposait.

L'opération fut faite le mardi 24 mai, par M. le professeur Duplay. Il fit une incision longitudinale de 15 centimètres sur la ligne médiane, allant de l'échancrure sternale jusqu'à 2 centimètres au-dessous de la tumeur; puis, après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, il disséqua sur les parties latérales et fut obligé de sectionner quelques fibres musculaires erratiques du muscle grand pectoral qui recouvrait la tumeur.

La surface du kyste étant complètement dénudée, il la

détacha des parties profondes et principalement du surtout fibreux qui recouvre à ce niveau le manubrium. Après avoir lavé la plaie au sublimé, on sutura au fil d'argent, et on fit un pansement compressif pour éviter toute hémoragie secondaire.

Les suites de l'opération ne présentèrent aucune complication; la température ne dépassa jamais 37°5.

Au bout de 8 jours on enleva les fils, la plaie était extrêmement belle et presque complètement cicatrisée. Le 7 juin 1898, la malade quitta l'hôpital entièrement guérie.

L'examen hystologique du kyste a été pratiqué par le docteur Hallion, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale du professeur Duplay.

Contenu du kyste. — Ce contenu présente les caractères macroscopiques et microscopiques de la matière sébacée. L'examen au microscope permet de déceler la présence de cristaux de cholestérine et d'acides gras avec des blocs amorphes irréguliers. Les réactions chimiques de la cholestérine sont parfaitement nettes.

Paroi. — Cette paroi présente de dehors en dedans quatre couches qui sont :

1° Une couche fibreuse, dense, périphérique, formant pour ainsi dire la membrane enveloppante de la tumeur.

2° Une couche élastique constituée presque exclusivement par des stratifications élastiques et parallèles à la paroi.

Dans ces deux premières couches, on rencontre fort peu de noyaux; enfin il existe peu de vaisseaux, et tous ceux que l'on peut déceler sont orientés parallèlement aux fibres.

3° La troisième couche est une couche épithéliale constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, très comparable par places à l'épithélium cutané qui serait simplement réduit comme épaisseur. En d'autres régions, la disposition des cellules est assez irrégulière, mais les cellules profondes montrent, d'une façon générale, une orientation perpendiculaire à la paroi, et les superficielles (par rapport à l'intérieur du kyste), une orientation transversale.

4° Enfin, sur la couche superficielle s'implante un réticulum irrégulier, sans noyaux, qui paraît dériver nettement d'une transformation des cellules superficielles de l'épithélium, et qui contient dans ses mailles la matière sébacée.

Observation XII

(M. Vinsonneau, *Bulletin de la Société d'anatomie*, six. série, 5, 1903, p. 43.)

Kyste dermoïde de la paroi thoracique.

Ce kyste était situé à la région présternale. Gros comme une orange, il était très mobilisable, non adhérent à la peau, ni aux plans profonds. Il gardait facilement l'empreinte des doigts.

L'ablation fut très simple. Le contenu ressemblait à du fromage très fait et contenant de nombreuses touffes de poils.

L'examen histologique a été fait par M. Petit, chef de laboratoire du service de M. le professeur Le Dentu. La paroi est formée d'un revêtement épithélial de type malpighien et d'une couche de fibres conjonctives.

Observation XIII

(M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux, *Bulletin de la Société d'anatomie*, six. série, 2, 1900, p. 818.)

Kyste dermoïde sus et présternal.

Un homme de 31 ans, Henri D..., sellier, est entré, le 19 septembre 1900, à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 23, pour une tumeur qu'il porte à la partie inférieure du cou depuis l'âge de dix ans. Elle a grossi fort lentement pendant quelques mois, puis elle est demeurée vingt ans stationnaire; enfin, il semble au malade qu'elle est de nouveau en voie d'accroissement. Il n'en souffre point d'ailleurs, mais comme cette production est située sur la ligne médiane, au-dessus et au devant de la fourchette sternale, chaque fois qu'il baisse la tête le menton la rencontre, et ses contacts répétés sont gênants à la longue. En outre, la coquetterie lui est venue sur le tard, et maintenant il souhaiterait porter des cols à la mesure normale.

La tumeur, du volume d'un petit œuf, allongée dans le sens vertical, s'étend depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à deux centimètres au-dessous de la fourchette sternale. Elle est comprise entre les tendons sterno-mastoïdiens et les extrémités internes des deux clavicules. Elle est parfaitement médiane et symétrique. Les téguments sont souples, simplement soulevés et absolument indépendants de la tumeur sous-jacente. Celle-ci est bien circonscrite, de consistance demi-molle, vaguement fluctuante, indolente à la pression, et présente une certaine mobilité sur

les plans sous-jacents. Toutefois, elle adhère dans la profondeur, et, dans la déglutition, elle suit nettement le mouvement d'ascension du larynx. Cependant, on ne peut reconnaître aucun prolongement, aucun pédicule.

La tumeur paraît superficielle et simplement recouverte par la peau.

Par ailleurs, il n'y a rien à noter, état normal parfait, homme très robuste, n'ayant jamais eu d'autre maladie que celle évidemment très bénigne qui l'amène à l'hôpital.

L'opération, pratiquée le 22 septembre, nous apporta la confirmation de ce diagnostic. Une incision longitudinale mit à nu la tumeur, la dissection en fut assez simple; il fallut seulement sectionner un certain nombre de tractus fibreux assez denses, qui unissaient sa face profonde aux aponévroses cervicales et à l'échancrure sus-sternale, mais il n'y avait, à proprement parler, aucun pédicule. La tumeur était préaponévrotique. Quand elle fut enlevée, on vit que le fond de sa loge était formé par le sternum, les sterno-mastoïdiens encore enveloppés de leur gaine et de l'un à l'autre par une toile aponévrotique dans l'épaisseur de laquelle on apercevait une grosse jugulaire antérieure. La plaie fut réunie par première intention et l'opéré quitta guéri l'hôpital le 29 septembre.

La tumeur est ovoïde, de coloration jaunâtre; sa consistance est nettement pâteuse, et elle conserve l'empreinte du doigt. Ce signe avait été recherché sans succès avant l'opération, il est très net sur la pièce extirpée. Il n'y a aucun doute sur sa nature. C'est bien un kyste dermoïde. En effet, si l'on incise sa paroi, épaisse d'un millimètre, on voit que la cavité est remplie d'une masse jaune pâle, ayant l'apparence du beurre et aussi sa consistance. Il n'y a

point de liquide. La face interne de la paroi est couverte de nombreux poils d'un jaune roux, très fins.

Il y en a aussi en quantité dans l'épaisseur de la substance butyreuse qui remplit le kyste.

Observation XIV

(MM. G. de Rouville et J. Martin (de Montpellier). *(Bull. de la Soc. anat.*, 1904, n° 8, p. 658.)

Volumineux kyste dermoïde présternal.

A. D..., de Vendargues (Hérault), présente, au devant du sternum, une volumineuse tumeur. Cette tumeur, grosse environ comme deux poings d'adulte, est fluctuante ; quand on la palpe on perçoit une sensation particulière : on dirait des corps étrangers flottant dans un liquide et qui frottent les uns contre les autres. La peau est mobile sur la tumeur qui est elle-même mobile sur le squelette.

Cette tumeur existait au moment de la naissance du malade, et présentait alors le volume d'une noix. Elle a grossi progressivement depuis, sans jamais occasionner la moindre souffrance.

On pense à un kyste dermoïde.

Le 13 juin 1904, on enlève la tumeur qui se laisse facilement énucléer. Elle contient une quantité assez abondante de liquide citrin dans lequel nage de la matière sébacée abondante, divisée en flocons. Il n'y a pas la moindre trace de tissu osseux ou musculeux au milieu de ce sébum, mais on parvient à trouver un poil. La paroi du kyste présente par places l'aspect et la coloration de la peau.

Les autres opérations ont été normales et le malade est parti guéri le 22 juin.

L'examen hystologique de la paroi a confirmé le diagnostic de *kyste dermoïde*. Sur la coupe on reconnaît nettement les éléments constitutifs de la peau. Sur les parties examinées on n'a cependant ni glandes sébacées, ni follicules pileux.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 janvier 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 janvier 1905.
Le Recteur,
A. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE

AUDOLY. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes présternaux (Thèse de Paris, 1897-98, n° 635).

CLOQUET (J.). — Bulletin de la Soc. de chirurgie, 3 janvier 1855, t. II, p. 235.

CLUTTON. — Société de pathologie de Londres, 1887.

DUPLAY. — Traité de chirurgie.

DE ROUVILLE (G.) et MARTIN (J). — Bull. de la Soc. anat., 1904, n° 8, p. 659.

LANDRIEUX. — Bull. de la Soc. anat., juillet 1868, p. 439.

LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux.

MORESTIN. — Bull. de la Soc. anat., six. série, 2, 1900, p. 818.

NÉLATON (J.). — Thèse Demoulin, Paris 1866, n° 256, p. 26, obs. V.

PAYROT. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, p. 649.

SIMON (Ed.). — Bull. de la Soc. anat., avril 1858, p. 129.

VÉNOT. — Gazette méd. de Paris, 2e série, t. V du 30 sept. 1837, p. 618.

WAITZ. — Contribution à l'étude des kystes congénitaux présternaux (Thèse de Paris, 1896-97).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!